

QUEJA DE DISCRIMINACIÓN RELACIONADA CON EL TÍTULO VI

Nombre del reclamante	Número de teléfono: (    )	Correo electrónico:						
Dirección postal								
¿Cuál es el horario en que más le acomoda para que nos comuniquemos con usted acerca de esta queja?								
<p>Base de la discriminación</p> <p> <input type="checkbox"/> Raza                      <input type="checkbox"/> Discapacidad  <input type="checkbox"/> Color                      <input type="checkbox"/> Edad  <input type="checkbox"/> Nacionalidad           <input type="checkbox"/> Sexo  <input type="checkbox"/> Credo </p>	<p>Si tiene un representante, proporcione la siguiente información:</p> <p>Nombre: _____</p> <p>Nombre de la empresa: _____</p> <p>Dirección: _____</p> <p>Número de teléfono: (    ) _____</p>							
Fecha y lugar de la supuesta discriminación.								
<p>Explique lo más claramente posible lo que ocurrió y por qué considera que fue discriminado. Incluya cómo otras personas recibieron un trato distinto al que usted recibió. (Adjunte páginas adicionales, si es necesario).</p>								
Nombre de las personas responsables de las medidas discriminatorias.								
<p>Nombres de las personas (testigos, colegas, supervisores u otros) con quienes podemos comunicarnos para obtener información adicional para respaldar o aclarar la queja.</p> <table border="0"> <tr> <td><u>Nombre</u></td> <td><u>Dirección</u></td> <td><u>Número de teléfono</u></td> </tr> <tr> <td> </td> <td> </td> <td> </td> </tr> </table>			<u>Nombre</u>	<u>Dirección</u>	<u>Número de teléfono</u>			
<u>Nombre</u>	<u>Dirección</u>	<u>Número de teléfono</u>						

Las leyes prohíben las represalias en contra de una persona porque ha tomado medidas o ha participado en una medida para garantizar los derechos protegidos por estas leyes. Si considera que se han tomado represalias en su contra (aparte de la supuesta discriminación mencionada anteriormente), explique las circunstancias a continuación. Explique las medidas que tomó, que considera fueron la base de la acusación.

¿Qué tipo de indemnización o medida desea en relación con la supuesta discriminación?

¿Ha presentado esta queja en otro organismo federal, estatal o local, o a algún tribunal federal o estatal?

\_\_\_\_\_ Sí \_\_\_\_\_ No

Si la respuesta es sí, marque todas las que correspondan

\_\_\_\_\_ Comisión para la Igualdad de Oportunidades en el Empleo \_\_\_\_\_ Tribunal federal o estatal

\_\_\_\_\_ Departamento de Igualdad en el Empleo y la Vivienda \_\_\_\_\_ Administración Federal de Carreteras/Departamento de Transporte de EE. UU.

\_\_\_\_\_ Administración Federal de Tránsito de Transporte de EE. UU./Departamento de Transporte de EE. UU.

Si ya ha presentado un cargo o una queja, proporcione la siguiente información:

Organismo/Tribunal \_\_\_\_\_ Nombre del abogado: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Nombre de la empresa: \_\_\_\_\_

Fecha de presentación: \_\_\_\_\_ Dirección: \_\_\_\_\_

Número de caso: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fecha de la audiencia: \_\_\_\_\_

Estado del caso:

Proporcione información adicional que considera sería de ayuda en la investigación:

Nota: El uso del formulario de quejas no es obligatorio. Puede presentar su queja en cualquier formato que incluya su firma. Firme y feche el formulario de quejas a continuación.

**Firma del reclamante:**

**Fecha de presentación:**

Las quejas también se pueden presentar ante la Administración Federal de Carreteras, llame al (202)366-0693 o envíe un correo electrónico a [CIVILRIGHTS.FHWA@FHWA.DOT.GOV](mailto:CIVILRIGHTS.FHWA@FHWA.DOT.GOV)